

Шейко С.О., Колб Н.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІЗОЛЬОВАНОЇ СИСТОЛІЧНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) становить у середньому 30-45 % від загальної чисельності дорослого населення і цей показник значно збільшується з віком [2, 4]. Особливо це стосується осіб похилого віку, які часто мають супутні захворювання, численні ураження органів-мішеней і схильні до різноманітних факторів ризику [2]. За офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ, станом на 01.01.2014 в Україні зареєстровано понад 12 мільйонів хворих на АГ, що становить близько третини дорослого населення [2, 4]. Зважаючи на демографічну тенденцію до збільшення питомої ваги населення старших вікових груп, питання щодо надання медичної допомоги хворим з даною нозологією набуває дедалі більшої актуальності. У літніх людей спостерігається більш висока ймовірність розвитку ускладнень АГ.

Особливу увагу заслуговує ізолювана систолічна АГ (ІСАГ), яка проявляється підвищенням систолічного артеріального тиску (САТ) на фоні нормального діастолічного АТ (ДАТ) [3, 4]. Було встановлено, що пульсовий артеріальний тиск є незалежним предиктором серцево-судинної смертності [3, 4, 5]. Спостерігається підвищений інтерес дослідників до вивчення показників ригідності артерій і чинників, що призводять до їх зміни, адже з віком жорсткість артерій стає основною детермінантою підвищення САТ і пульсового артеріального тиску (ПАТ) [3, 4, 5, 6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 38 хворих віком (від 65 до 75 років) з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією та тривалістю захворювання понад 10 років. Серед них 22 жінки та 16 чоловіків. Групу порівняння склали 25 (13 жінок та 12 чоловіків) хворих з ГХ, віком $70,5 \pm 4,2$ роки. Усі пацієнти були обстежені згідно з рекомендаціями робочої групи з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів за участю спеціалістів-нефрологів та ендокринологів (2014). У всіх хворих виключено симптоматичний генез АГ.

Проведено загально-клінічне обстеження, електрокардіографію (ЕКГ), ехокардіографію (ЕхоКГ) та лабораторне обстеження хворих. Виконували загальний аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові (печінкові проби, трансамінази, креатинін з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації за СКД-EPI), ліпідний комплекс, визначили рівень тиреотропного гормону.

Отримані дані оброблено методами варіаційної статистики. Результати представлені у вигляді середнього значення (М), 95% довірчого інтервалу, похибки середньої (m). Вірогідність різниці кількісних даних встановлювали за допомогою t-критерія Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. В залежності наявності факторів ризику всі хворі основної групи мали високий або дуже високий ризик (40% та 60% відповідно). В групі порівняння в залежності від наявності факторів ризику, хворі розподілялись таким чином: з помірним ризиком - 47%, з високим - 30%, дуже високим ризиком - 23%. У переважної більшості пацієнтів літнього віку з ІСАГ зареєстрована підвищена чутливість до хлориду натрію. Особливо це характерно для жінок - висока чутливість до солі спостерігається в 35% випадках. У хворих з ІСАГ індекс маси тіла був вищий ($29,5 \pm 1,7$; кг/м²), ніж у групі порівняння ($25,6 \pm 1,9$; кг/м²). Згідно даних анамнезу всі пацієнти хворіли більше 10 років, проте лише 21 хворий з основної групи та 16 хворих з групи порівняння отримували постійне медикаментозне лікування, яке було ефективним у 6 пацієнтів основної групи та 8 хворих групи порівняння. Згідно опитування лише 5 хворих з основної групи та 4 хворих з групи порівняння дотримувались дієти, обмежували вживання кухонної солі та мали фізичне навантаження.

Клінічний перебіг ІСАГ у хворих похилого віку характеризувався різноманітним клінічним симптоматиком. Дані клінічного перебігу представлено в таблиці 1.

Таблиця 1.

Семіотика ІАГ у хворих похилого віку

Скарги	Основна група ІАГ (n=38)		Група порівняння ГХ(n=23)	
	Абсолютне число	Частота (%)	Абсолютне число	Частота (%)
Головний біль :	24	63,2%*	11	47,8%
Запаморочення:	12	31,6%	7	30,4%
Шум в голові	26	68,4%*	12	52,2%
Біль в ділянці серця не стенокардичного характеру	19	50,0%	10	43,4%
Задишка при фізичному навантаженні	21	55,3%	12	52,2%
Серцебиття	8	21,1%*	7	30,4%
Перебої в роботі серця	2	5,3%*	4	17,4%
Загальна слабкість	23	60,5%*	19	82,6%

Примітка: *- достовірна різниця з групою порівняння.

Аналіз результатів дослідження свідчить про те, що у хворих основної групи частіше спостерігалися скарги на головний біль та шум в голові, задишку, рідше хворі скаржились на серцебиття та перебої в ділянці серця, загальну слабкість.

При об'єктивному обстеженні у всіх хворих з ІАГ та ГХ було виявлено розширення меж відносної серцевої тупості вліво та акцент 2-го тону над аортою. У хворих основної групи на 9% рідше відмічалась тахікардія. Рівень пульсового артеріального тиску був вищий у хворих основної групи. **ВИСНОВКИ**

1. Основні принципи лікування ІСАГ в літньому віці повинні включати в себе проведення комплексної терапії з використанням немедикаментозних і

медикаментозних методів з метою попередження розвитку важких серцево-судинних ускладнень.

2. Результати дослідження вказують на необхідність постійного інформування хворих для підвищення комплайнсу та впровадження немедикаментозних методів лікування. Відмова від куріння, гіпохолестеринемічна дієта і дозоване фізичне навантаження сприяють зменшенню ваги тіла і зниженню рівня САД.

3. Особливостями клінічного перебігу ізольованої систолічної гіпертензії є переважання скарг хворих на головний біль та шум в голові.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальные вопросы антигипертензивной терапии. Рациональный выбор препаратов: ингибиторы АПФ, диуретики, комбинированные препараты// Г. В. Дзяк и др./ Український медичний часопис: Наук.- практ. загальномедичний журн..- КМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України. –Київ.- 2009. -N 1. - С. 17-25.
2. Актуальні питання геронтології і геріатрії у практиці сімейного лікаря: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів – слухачів закл. (ф-тів) післядиплом. освіти / [Ю.В. Вороненко та ін.]; за ред. акад. НАМН України Ю.В. Вороненка, проф. О.Г. Шекери, проф. Л.А. Стаднюка; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти імені П.Л. Шупика, Ін-т сімейн. медицини. – К.: Заславський О.Ю. [вид.], 2015. – 528 с.
3. Амбросова Т.Н. Эндотелиальная дисфункция при гипертонической болезни / Т.Н. Амбросова // Междунар. мед.ж. - 2013. - № 4. - С. 16-21.
4. Долженко М.Н. Особенности диагностики, клинического течения и лечения изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых людей. // М.Н. Долженко/ Внутренняя медицина.- Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика.-Киев,2008. -№5.
5. Курята А.В. Субклінічний атеросклероз та кардіоваскулярний ризик, інсулінорезистентність, рівень адипонектину при поєднанні

ревматоїдного артриту з артеріальною/ гіпертензією// А.В. Курята, Ю.М Сіренко .- №62.- (4) .-2015

6. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 №384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії». Настанова та клінічний протокол надання медичної допомоги. «Артеріальна гіпертензія».
7. Сіренко Ю.М. Різниця у частоті досягнення цільового артеріального тиску між окремими регіонами України / Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко, І.М. Марцovenko // Артериальная гипертензия. – 2009. – № 5. – С. 13-23